

David Ruiz de Angulo Martín\*, Vicente Munitiz Ruiz,  
Patricia Pastor Pérez, Francisco Sánchez Bueno y  
Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.025

\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: druizdeangulo@hotmail.com  
(D. Ruiz de Angulo Martín).

## Metástasis en la glándula tiroidea

### Metastasis in the thyroid gland

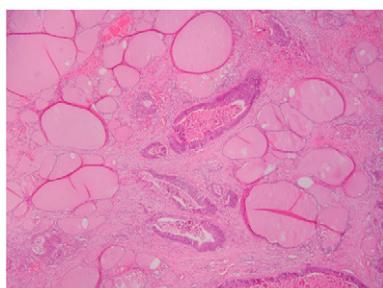
La presencia de metástasis en la glándula tiroidea de otros tumores es infrecuente y la incidencia en la práctica clínica diaria es mucho menor que la descrita en series de autopsias, donde se ha descrito una incidencia cercana al 24%<sup>1,2</sup>. Aunque teóricamente, y dada la rica vascularización de la tiroides, cualquier órgano podría metastatizar en esta localización, parece que las neoplasias malignas primarias del riñón, la mama y el pulmón son las que de forma más frecuente metastatizan en la glándula tiroidea, según las diferentes series clínicas<sup>3</sup>. En las regiones orientales, probablemente por una mayor incidencia de los tumores del tracto gastrointestinal, el número de metástasis tiroideas de tumores digestivos, fundamentalmente de colon, constituye hasta una cuarta parte del total de todas las metástasis<sup>4,5</sup>.

En nuestro centro, en los últimos 15 años, se intervino a 390 pacientes por neoplasias malignas de la glándula tiroidea. En 3 casos, 2 varones y una mujer (edad media  $54,5 \pm 3,1$  años), el diagnóstico fue de metástasis de neoplasias extratiroideas. Los tumores primarios fueron un carcinoma de colon, un carcinoma de células renales y un carcinoma de mama, respectivamente. Todos los pacientes consultaron por nódulo tiroideo de crecimiento rápido sin sintomatología compresiva, en el que las pruebas preoperatorias y la punción por aspiración con aguja fina (PAAF) no eran concluyentes. La función tiroidea era normal en todos los casos. En todos éstos se practicó una tiroidectomía total sin linfadenectomía debido a la ausencia de diagnóstico previo y se realizó el posterior análisis histológico de la pieza con el que se obtuvo el diagnóstico final (fig. 1). Además, en otro paciente con

diagnóstico de carcinoma de colon estadio IV se observó, mediante TC torácica, un nódulo tiroideo sobre el que se realizó una PAAF con diagnóstico anatomopatológico de metástasis tiroidea de cáncer de colon. Se desestimó la opción quirúrgica dado el avanzado estado del tumor primario. Todos los pacientes tenían afectación metastásica extratiroidea al diagnóstico, como se puede comprobar en la tabla 1. En todos los casos se administró quimioterapia paliativa.

En nuestro medio, el porcentaje de pacientes con metástasis tiroideas es aproximadamente del 1%. Llama la atención la existencia de 2 casos de tumores del tracto digestivo, que en la mayoría de las series, excepto en las de las regiones orientales, constituyen un pequeño número<sup>6</sup>. Las metástasis tiroideas suelen presentarse en el contexto de una enfermedad diseminada, como ocurre en la serie que presentamos, y la afectación tiroidea no suele condicionar al paciente clínicamente, salvo en el caso de sintomatología compresiva. El intervalo entre la aparición del tumor primario y las metástasis tiroideas es muy variable, se han descrito casos hasta 26 años después del diagnóstico primario<sup>7</sup>. La aparición de un nódulo tiroideo o un bocio multinodular en un paciente con historia oncológica debe llevar a la realización de un diagnóstico diferencial en el que se debe incluir la posibilidad de metástasis del tumor primario. Este diagnóstico se basa en el estudio ecográfico de la región cervical y la confirmación histológica mediante una PAAF, de forma similar al procedimiento a realizar con cualquier nódulo tiroideo. El diagnóstico patológico en ocasiones es difícil, debido a la pobre diferenciación de algunos tumores, aunque el uso de técnicas inmunohistoquímicas ayuda a evaluar el origen extratiroideo de las células examinadas<sup>8</sup>.

El pronóstico de los pacientes con metástasis tiroideas es malo, ya que su significado es similar a la existencia de metástasis a distancia en otras localizaciones<sup>9</sup>. El otro aspecto a considerar es el tratamiento en estos pacientes. En determinadas ocasiones la tiroidectomía no se puede realizar por el estado general de los pacientes con una enfermedad oncológica muy avanzada, si bien en la mayoría de las ocasiones se hace como parte de una intervención paliativa, debido a la sintomatología compresiva que produce una masa cervical de crecimiento rápido. La influencia de la



**Figura 1 – Glándula tiroidea infiltrada por adenocarcinoma de alto grado de patrón enteroide.**

**Tabla 1**

Edad (años)	Tumor primario	Tiempo entre el diagnóstico primario y la metástasis (meses)	Otras metástasis	Tratamiento	Supervivencia (meses)
56	Adenocarcinoma de colon	36	Pulmonares	Tiroidectomía total	3
50	Tumor de células renales	24	Pulmonares	Tiroidectomía total	3
55	Adenocarcinoma de colon	Sincrónica	Hepáticas	No quirúrgico	12 (vivo)
57	Carcinoma de mama	48	Pulmonares	Tiroidectomía total	3 (vivo)

tiroidectomía total sobre la supervivencia es un tema de controversia y de difícil valoración en los diferentes trabajos publicados. Su beneficio sobre la supervivencia del paciente solamente parece demostrado en los casos de metástasis aisladas sobre la glándula tiroidea<sup>10</sup>.

#### B I B L I O G R A FÍA

1. Silverberg SG, Vidone RA. Metastatic tumors in the thyroid. *Pac Med Surg.* 1966;74:175–8.
2. Haugen BR, Nawaz S, Cohn A, Shroyer K, Bunn PA, Liechty DR, et al. Secondary malignancy of the thyroid gland: A case report and review of literature. *Thyroid.* 1994;4:297–300.
3. Papi G, Fadda G, Corsello SM, Corrado S, Rossi ED, Radighieri E, et al. Metastases to the thyroid gland: Prevalence, clinicopathological aspects and prognosis: A 10 years experience. *Clin Endocrinol.* 2007;66:565–71.
4. Lam KY, Lo CY. Metastatic tumors of the thyroid gland: A study of 79 cases in Chinese patients. *Arch Pathol Lab Med.* 1998;122:37–41.
5. Kim TY, Kim WB, Gong G, Hong SJ, Shong YK. Metastasis to the thyroid diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Clin Endocrinol.* 2005;62:236–41.
6. Lièvre A, Leboulleux S, Boige V, Travagli JP, Dromain C, Elias D, et al. Thyroid metastases from colorectal cancer: The Institut Gustave Roussy experience. *Eur J Cancer.* 2006;42:1756–9.
7. Nakhjavani MK, Gharib H, Goellner JR, Van Heerden JA. Metastasis to the thyroid gland: A report of 43 cases. *Cancer.* 1997;79:574–8.
8. Wood K. Metastases to the thyroid gland: The Royal Marsden experience. *Eur J Surg Oncol.* 2004;30:583–8.
9. Gerges AS, Shehata SR, Gouda IA. Metastasis to the thyroid gland; unusual site of metastasis. *J Egypt Natl Canc Inst.* 2006;18:67–72.
10. Chen H. Clinically significant isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg.* 1999;23:177–80.

Joaquín Gómez-Ramírez<sup>a,\*</sup>, José Miguel Bravo<sup>a</sup>, Manuel Luque-Ramírez<sup>b</sup>, Elena Martín-Pérez<sup>a</sup> y Eduardo Larrañaga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgomezramirez@aecirujanos.es (J. Gómez-Ramírez).